N° 39
6.

SOBRIÉTÉ

ET

RÉSISTANCE DES ARABES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Mars 1905

PAR

Bernard AUZIMOUR

Né à Misserghin (Oran), le 23 décembre 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
TRUC . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre, Professeur adjoint.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *président.*	MM. VIRES, *agrégé.*
DUCAMP, *professeur.*	JEANBRAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

ET A MON BEAU FRÈRE

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

B. AUZIMOUR.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR VIRES

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

ET

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANBRAU

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES AMIS

B. AUZIMOUR.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

B. AUZIMOUR

AVANT-PROPOS

Dès le début de notre internat en Algérie, nous avons été frappé de voir la résistance extraordinaire que les Arabes offraient aux infections. Nous avons été surpris de voir avec quelle rapidité les plaies, même les plus graves et les plus septiques, guérissaient chez les indigènes malgré l'antisepsie toute relative qu'on est souvent obligé de faire par la faute des circonstances. En outre, les affections gastro-intestinales nous ont paru très rares parmi les nombreux Arabes que nous avons été appelé à soigner.

Nous nous sommes demandé quelle pouvait bien être la cause de cette résistance, et, en parcourant les travaux faits sur ce sujet, nous avons constaté combien petite était la part faite à leur sobriété.

Nous avons donc songé à mettre cette sobriété plus en évidence, à lui rendre sa juste place parmi les nombreuses causes de cette résistance, et nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons dans un premier chapitre tenté une esquisse générale des relations qui peuvent exister entre les habitudes alimentaires et la résistance de l'organisme.

Notre second chapitre s'occupe des mœurs et habitudes alimentaires des Arabes.

Au troisième chapitre, nous avons abordé leur résistance aux maladies, fondée sur de nombreuses observations et quelques statistiques.

Le rapprochement de cette résistance et de leurs habitudes alimentaires fait l'objet du quatrième chapitre. Nous essayons d'établir une relation de cause à effet et examinons les objections qu'on nous pourrait faire.

Enfin, dans un cinquième et dernier chapitre, nous montrons que cette action de la sobriété sur la résistance aux maladies est un fait général, surtout révélé dans les climats chauds. Et nous concluons en ayant surtout en vue d'être utile à la colonisation française en Algérie.

Mais nous ne voulons pas aborder notre sujet sans exprimer publiquement notre reconnaissance à ceux qui ont été nos maîtres et qui, par leurs conseils et leur bienveillance, nous ont encouragé dans nos études.

Il est toutefois certains d'entre eux qui ont à notre gratitude des titres tout particuliers à cause des relations plus directes que nous avons eues avec eux au cours de notre scolarité.

Qu'il nous soit d'abord permis de remercier M. le professeur-agrégé Vires, qui a le plus contribué à faire de nous ce que nous sommes. Il fut notre guide dès le début de nos études médicales, et nous a prodigué les conseils de sa sage expérience en même temps qu'il nous inculquait son précieux enseignement. Il a été pour nous non seulement un maître, mais surtout un ami. Nous ne l'oublierons jamais.

Que M. le professeur-agrégé Jeanbrau reçoive avec tous nos remerciements l'assurance de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt et l'amitié qu'il nous a toujours témoignés au cours de nos études médicales.

M. le professeur Ducamp a droit à toute notre gratitude pour les excellentes leçons que nous avons retirées de son précieux enseignement et pour l'intérêt qu'il nous a porté.

Nous prions M. le professeur Carrieu d'agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il a

bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous n'aurions garde d'oublier dans nos remerciements M. le docteur Achard, médecin de l'hôpital d'Aïn-Témouchent, dont nous fûmes l'interne et surtout l'ami pendant les années 1902-1903, non plus que M. le docteur Fournier, de Chateaudun-du-Rhummel, qui a eu l'amabilité de nous donner, pour appuyer notre thèse, quelques observations personnelles et inédites.

Merci encore à nos amis les docteurs Derrien, chef de travaux de chimie à la Faculté, et le docteur Jourdan, pour leur précieux concours dans la rédaction de ce modeste travail.

SOBRIÉTÉ

ET

RÉSISTANCE DES ARABES

CHAPITRE PREMIER

RÉSISTANCE ORGANIQUE ET HABITUDES ALIMENTAIRES

Le temps est passé, où, dans l'entraînement des espérances exagérées de la bactériologie, « on s'oublia jusqu'à dire que la médecine pouvait s'enfermer dans un tube à culture » et penser que toute la pathologie générale allait se résumer dans le mot microbe.

Les esprits se sont ressaisis. Et voici que le laboratoire, qui avait cru d'abord faire table rase des facteurs étiologiques de la clinique traditionnelle (terrain, froid, surmenage, etc.) en a entrepris, non sans succès, la démonstration rigoureuse.

L'étude générale de la maladie avait failli un moment n'être que l'étude des causes morbifiques exogènes. Et voici que des sciences renouvelées, la pathologie comparée et la pathologie expérimentale, s'efforcent de pénétrer le mécanisme intime de cette *vis medicatrix*, naguère encore si raillée sous couleur de positivisme, et arrivent à préciser les conditions de résis-

tance du terrain, qui reconquiert enfin sa place prépondérante ; si bien que nous nous détachons de plus en plus de la formule : « La maladie est hors de nous », pour nous rallier au vieil aphorisme d'Hippocrate : « La maladie est en nous ».

C'est sous l'influence heureuse de cette réaction de la notion de *terrain* contre celle de *microbe* que s'est constituée, par les travaux de l'école de Bouchard, la doctrine si intéressante des auto-intoxications. Que de causes de défaillances ce « terrain » l'organisme porte en lui-même ! On a pu dire, et ce n'est pas un paradoxe, que « l'économie est un laboratoire de poison » et que l'état de santé ne peut être maintenu que par une perpétuelle vigilance des fonctions de défense !

« Qu'on réfléchisse un instant, et qu'on jette un coup d'œil sur les travaux qui se sont récemment accomplis ; je crois qu'on ne me démentira pas, dit Charrin, si j'affirme que, durant ces toutes dernières années, pendant que les découvertes bactériologiques se développaient, puis se ralentissaient, l'importance de ces notions auto-toxiques n'a cessé de grandir » ; et, plus loin, le professeur de pathologie générale du Collège de France ajoute : « Un rapide examen des sources où prennent naissance les poisons auto-toxiques nous apprend quels rapports ils affectent avec les aliments. »

Ce sont des conceptions modernes qui redonnent de l'intérêt au rapport, toujours pressenti, sinon établi, entre la résistance de l'organisme et les habitudes alimentaires.

Puisque même fonctionnant de la façon la plus normale, l'économie fabrique des poisons, puisque le métabolisme chimique, qui est le *substratum* des processus biologiques, est une source de toxines, qu'adviendra-t-il si les habitudes alimentaires viennent encore augmenter chroniquement le nombre des perturbateurs internes que les défenses naturelles de l'organisme doivent refouler sans cesse ?

Surmenés par ce travail de police intérieure, les forces dé-

fensives n'auront plus la même énergie de vigilance aux frontières, et si l'ennemi extérieur, la cause morbifique déterminante fait irruption, la résistance faiblira et la défaite sera fatale.

La clinique nous fournit en grand nombre des exemples de ce retentissement des habitudes alimentaires vicieuses sur l'aptitude à guérir des différents malades, et, certes, nous n'avons point la prétention d'être le premier à célébrer les bienfaits de la sobriété !

Mais au siècle où nous vivons, dans les préoccupations de luxe et de bien-être de nos civilisations compliquées, les préceptes de l'école de Salerne sont si peu en honneur, qu'il nous a paru utile de citer l'exemple d'un peuple, qu'un fatalisme endurci rend impénétrable au développement fébrile de l'activité des races européennes.

Et c'est le contraste des habitudes alimentaires — et dipsiques ! — des Européens vivant sur le même sol que les Arabes, qui nous a poussé à rechercher de ce côté l'une des causes de la plus grande résistance des disciples de Mahomet en Algérie.

Nous avons tous aujourd'hui la notion de l'importance du régime alimentaire, et cette notion nous l'appliquons en zootechnie, mais, comme le dit Gautier « on vit de traditions et de sentiments dès qu'il s'agit de l'espèce humaine ». Et les réflexions de cet éminent chimiste-biologiste l'ont de plus en plus convaincu qu'un long empirisme est parvenu à faire pénétrer dans nos usages alimentaires de fâcheuses habitudes. « Il m'a paru, dit-il, que les divers états diathésiques qu'on est convenu d'attribuer vaguement à des tempéraments délicats, à des constitutions vicieuses, à des idiosyncrasies, tiennent le plus souvent à des modes défectueux de se nourrir, individuels ou héréditaires. »

En attendant la démonstration expérimentale de ces notions et le nouvel essor des sciences pathologiques nous fortifie

dans cet espoir), ne pouvons-nous pas déjà les admettre de par les enseignements de la clinique et les idées récemment sorties des laboratoires ?

Parmi les éléments de la diathèse, les troubles de la nutrition occupent le premier plan. Or, quoi d'étonnant à ce que des vices d'alimentation retentissent sur la nutrition, puisque l'alimentation est à la base de la nutrition.

D'autre part, demandez à Ehrlich, demandez à Metchnikoff si tous les processus de défense de l'organisme ne se ramènent pas en dernière analyse aux rouages habituels de la nutrition normale ?

Donc, dire trouble de la nutrition, n'est-ce pas dire aussi trouble des défenses de l'organisme ? Et si « les modes défectueux de se nourrir » causent les troubles de la nutrition, ne seront-ils pas aussi un des facteurs les plus importants de l'affaiblissement de la résistance de l'organisme ?

Comment se réalisent ces « modes défectueux de se nourrir » ? De deux façons : par l'alimentation défectueuse en quantité ; par l'alimentation défectueuse en qualité.

Supposons que nous ayons affaire à des quantités mathématiquement mesurables, et que nous portions en ordonnées l'aptitude à guérir et en abcisses les quantités d'aliments. Sur cette ligne des abcisses, à partir du zéro, qui serait la coïncidence de la fin de l'état de consomption avec la mort, nous aurions successivement les zones de régime d'inanition, de régime insuffisant ou de misère alimentaire, puis des régimes de plus en plus riches jusqu'aux régimes excessifs et à la richesse toxique. Eh bien, la courbe que nous obtiendrions aurait à peu près les allures suivantes :

Partant du zéro, elle s'élève à peine dans les zones d'inanition et de misère, puis monte progressivement jusqu'à atteindre son maximum, qui correspondrait au régime d'entretien

parfait de l'individu en expérience. (Ce régime d'entretien parfait ne coïnciderait probablement pas avec la ration normale fournie par un calcul de calories, sans tenir compte des coefficients individuels et climatériques.) Puis, de ce maximum la courbe tomberait rapidement au fur et à mesure qu'augmente la richesse d'abord inutile, puis nuisible, des régimes pour venir couper la ligne des abcisses dans la zone des alimentations toxiques.

Et nous avons la conviction que cette courbe n'est pas une chimère. Une statistique scientifiquement conduite arriverait sûrement à l'établir.

Sur certains points, sa connaissance est déja même assez bien établie. La diminution de la résistance organique des hypernourris, devenus des ralentis ou des bradytrophiques, tous des insuffisants de l'antitoxie générale, goutteux, diabétiques et consorts, est bien connue. Avant l'antisepsie, ils constitaient une chasse défendue aux tentatives chirurgicales, et même, depuis l'antisepsie, le chirurgien hésite devant eux.

Et sans aller jusqu'à cette zone extrême des tempéraments morbides, bien constitués nosologiquement, l'alimentation disproportionnée à nos besoins, crée toute une série de prédispositions non précises, qui échappent aux cadres nosographiques, et qui se traduisent par des affaiblissements plus ou moins considérables de la résistance.

Un premier mode défectueux de se nourrir est donc l'excès d'alimentation.

Envisageons maintenant les modes défectueux de se nourrir au point de vue de la qualité de l'alimentation. Une alimentation non excessive peut devenir une alimentation nuisible : 1° parce que les principes alimentaires fondamentaux n'y sont pas dans des rapports convenables ; 2° parce que certains aliments sont des poisons.

Sous le premier chef, se rangent tous les régimes exclusifs tendant à ne comprendre que l'un des principes alimentaires fondamentaux : graisses, hydrates de carbone, albuminoïdes.

Le riz est de toutes les céréales la plus pauvre en graisses et en principes azotés. Si bien qu'une alimentation réduite au riz constituerait un régime exclusivement hydrocarboné. Certaines peuplades asiatiques y sont parfois réduites, et qu'en résulte-t-il : le béribéri.

Mais il est rare de rencontrer ces régimes exclusifs au sens strict, et à part l'exemple que nous avons cité, ils ne peuvent constituer que des expériences de laboratoire.

Ce qu'il importe surtout de faire ressortir dans l'étude du retentissement des habitudes alimentaires sur la résistance de l'organisme, c'est que certains aliments sont des poisons plus que d'autres.

Malgré l'étonnement du grand public qui, il y a deux ans, demandait des conférences où on lui expliquât comment une substance dont on était arrivé à lui faire reconnaître, du moins en principe, la nocivité, pouvait être à la fois un aliment, comme le répandait Duclaux, ce n'est pourtant pas une notion nouvelle, puisque Hippocrate disait déjà : « Les aliments ont tous de quoi nuire et de quoi faire du bien ; dans les uns, c'est seulement plus apparent que dans d'autres. » (Affections, 42.)

Nous avons vu que tous les aliments pouvaient, en quantité exagérée, devenir des pourvoyeurs de toxines. Mais il en est qui par eux-mêmes méritent la dénomination de poison et dont l'abus individuel ou héréditaire est une des plus grandes causes de déchéance des races.

L'alcoolisme et le carnisme sont les principaux désorganisateurs des défenses de l'organisme.

Pour l'alcool, la notion de sa toxicité chronique était si bien établie, qu'on s'est étonné récemment de l'entendre appeler aliment.

Les microbiologistes connaissaient bien cette propriété alimentaire de l'alcool. L'oxydation de l'alcool fournit toute l'énergie nécessaire à la vie du *micoderma aceti*. Et même pour d'autres moisissures, ce n'est pas seulement un aliment respiratoire, mais encore un aliment plastique : l'*Eurotiopsis gayoni* (Laborde), fait de l'alcool dont il brûle complètement une partie comme source d'énergie, et dont une autre partie, oxydée seulement à l'état d'aldéhyde, devient le point de départ de synthèses vitales.

C'est sans doute parce qu'il était trop imbu de ce rôle de l'alcool chez les microbes, que Duclaux a accueilli avec tant d'enthousiasme les expériences d'Atwater et Bénédict (1902).

Ces expériences n'étaient pas les premières à montrer la possibilité de la substitution isodyname d'une petite quantité d'alcool à la place d'hydrates de carbone ; mais elles étaient cette fois-ci exécutées avec un tel luxe de précision technique qu'elles devenaient convaincantes.

Convaincantes, oui, mais à la condition de ne pas dépasser les résultats expérimentaux. Et ceux-ci sont : qu'on peut « substituer dans son régime, durant une période de 2 à 4 jours, une certaine quantité d'alcool — la valeur environ d'un litre de vin par 24 heures — à une quantité calorimétriquement équivalente de sucre ou de matière amylacée ».

Il n'y avait vraiment pas lieu de « faire des excuses à l'alcool pour la façon dont nous l'avions traité jusque-là ». Et la valeur alimentaire des petites quantités d'alcool dilué ne peut nullement modifier la conviction médicale universelle et scientifiquement établie de la nocivité de l'alcoolisme chronique, et *a fortiori*, des absinthismes plus ou moins variés suivant la nature des essences et des alcools autres que l'alcool éthylique.

Et certes, le contraste des résistances de l'Arabe et de l'Européen en Algérie vient surtout, nous le verrons, de ce que le

premier ne boit que de l'eau et le second souvent autant d'absinthe que de vin.

Nous avons cité comme autre désorganisateur des défenses le carnisme.

Le carnisme ne fait évidemment pas autant de ravages que l'alcoolisme. Mais sa nocivité augmente à mesure que nous nous rapprochons davantage des pays chauds. Est-ce à dire que la viande (*vivenda*, la chose dont on vit, l'aliment par excellence), puisse être un poison ?

Le régime carné presque exclusif agit sur les mutations nutritives dans un sens qui a été maintes fois précisé. « L'alimentation carnée se comporte comme une intoxication acide ; la démonstration en est donnée par l'accroissement de la quantité d'ammoniaque éliminée, résultat qui traduit l'augmentation des acides dans l'économie ; car les acides s'emparent de l'ammoniaque, qui ne peut plus se transformer en urée. »

Et cette surproduction d'acide va amoindrir les réactions de résistance, puisque Charrin a bien montré le rôle que joue l'alcalinité des humeurs comme défense naturelle de l'organisme.

D'autre part, la chair musculaire charge les humeurs de l'économie de déchets azotés, leucomaïnes nocives et toxines encore mal définies chimiquement. Elle a en plus une toxicité spéciale et qui n'appartient pas à tous : les albuminoïdes. MM. Bouveret et Devic ont vu que les sels contenus dans 22 gr. 70 de viande suffisent pour déterminer des convulsions et mettre en état de mort apparente un lapin de 1 kilogramme, tandis que les cendres de 47 gr. 40 de blanc d'œuf produisent simplement de la diurèse chez un lapin de même poids.

Enfin, le carnisme entretient une constipation opiniâtre augmentant ainsi la nocivité de ce gros intestin, dont la suppression est devenue récemment le centre de gravitation d'une philosophie optimiste.

La viande intervient comme agent toxique non seulement

par ses toxines propres, non seulement par les poisons qui naissent d'elle dans le métabolisme, mais encore par les produits de sa putréfaction microbienne dans l'intestin. A ce point de vue, il y a un antagonisme intéressant à signaler entre les ferments des hydrates de carbone (*B. coli*, *B. lactis aerogenes*...) et les ferments des albuminoïdes (*B. putrificus*) (Biewstoch, 1899). C'est pourquoi la nocivité des albumines végétales bien encadrées d'hydrates de carbone est bien moindre.

C'est une des raisons pour lesquelles le lait est le moins toxique des aliments, ses ferments du lactose gênant l'action nuisible de ses ferments de la caséine. (Mais même le lait n'échappe pas à la règle générale et peut devenir un poison dans certains cas, notamment lorsqu'il y a abondance extrême de ces microbes des hydrates de carbone, comme dans l'entérite des nourrissons.)

Les végétaux apparaissent donc à ce point de vue de l'action toxique comme une alimentation de choix et dont il faut absolument encadrer la viande pour éviter le carnisme.

En effet, ils contiennent d'abord des acides organiques que l'organisme transforme en carbonates alcalins, et ces carbonates alcalins viendront rétablir l'alcalinité des humeurs menacée par l'action de la viande.

D'autre part, la fermentation intestinale de leurs hydrates de carbone, maintenant dans les bornes physiologiques, viendra inhiber l'action toxique des anaérobies albuminophages et exciter la fibre musculaire pour éviter la constipation.

Cette esquisse générale nous permettra bien maintenant de voir dans quel sens vont déposer les observations que nous avons pu faire ou recueillir en Algérie, et illustrer par des faits l'influence heureuse de la sobriété sur la *résistance* de l'organisme.

Soyons sobres surtout, si, à l'étroit dans notre Europe, nous voulons continuer sainement l'œuvre d'expansion coloniale.

Fuyons l'abus de l'alcool pernicieux et ne nous laissons pas aller à la suprématie du goût incisif des viandes et proportionnons notre alimentation à nos besoins.

Le régime végétarien a de grands avantages « Il alcalinise le sang, accélère les oxydations, diminue les déchets azotés et les toxines. » (Gautier.) C'est lui qui devra faire les principaux frais du régime de sobriété bien comprise. Nous entendons, il va sans dire, le régime végétarien dans son sens large, c'est-à-dire mitigé par l'adjonction du lait, du fromage, du beurre, de la graisse et des œufs.

Si nous voulions essayer une formule de ce régime de sobriété bien comprise, nous pensons qu'il se rapprocherait beaucoup d'un régime un peu plus riche que la ration d'entretien, variable suivant le travail fourni et les besoins, mixte, sans alcool et au moins hypo-carnique sinon végétarien.

CHAPITRE II

MOEURS ET HABITUDES ALIMENTAIRES DES ARABES

L'Arabe a le corps maigre, élancé, les membres secs et vigoureux, le profil plus arrondi que droit, le nez aquilin, le teint basané, les cheveux et les yeux noirs. La femme, qui est l'esclave de l'homme, est en général très robuste, mais ses formes sont plus arrondies et elle présente un léger développement du tissu cellulaire. Elle passe sa vie sous la tente, occupée aux soins du ménage, et, pour se distraire, elle mâche l'écorce de racine de noyer qui lui blanchit ses dents et raffermit ses gencives.

Peuple essentiellement nomade, l'Arabe ne vit pas dans une région attaché à la terre. Il loue le sol sur lequel il plante sa tente et n'a aucun intérêt à l'améliorer. Aussi n'entreprend-il que très peu de culture.

La tente, presque l'unique habitation de l'Arabe des champs, est en tissu imperméable de poils de chameau. L'insalubrité locale de ces habitations est légendaire et leur hygiène intérieure est lamentable. Au centre de la tente, est creusé un trou en terre (canoune), où l'on brûle du bois vert pour la cuisine et pour le chauffage en hiver. « Dans ce milieu enfumé, vivent dans une étrange promiscuité gens et bêtes, sans qu'il existe la moin-

dre séparation. » Exposée à toutes les intempéries, la tente ne constitue qu'un abri peu confortable. Par les ouvertures qui sont loin d'être hermétiquement closes, le vent s'engouffre sous les toiles, pénètre à son aise et visite tous les recoins soulevant devant lui les poussières et les détritus.

« Les lieux d'aisance sont totalement inconnus dans les douars, et chacun satisfait ses besoins naturels à une distance plus ou moins rapprochée de la tente. Si on y ajoute que les cadavres de toutes sortes d'animaux domestiques se putréfient à l'air libre sous un soleil de feu et à quelques mètres de l'habitation, on aura une idée de l'atmosphère, difficile à supporter pour un odorat de « roumi » (Européen). Il faut dire que les chiens et les chacals trouvent une nourriture toute préparée dans les déjections de leurs maîtres et se chargent du nettoiement de la voirie *intra* et *extra muros* de la tribu. L'Arabe escompte le service d'hygiène organisé par les chiens et les chacals et pratique dans ce cas le « tout aux chacals ». Il faut ajouter, du reste, que, quand les immondices s'accumulent au point de devenir gênants, on plie la tente, et la ville errante va planter plus loin ses piquets et ses voiles.

Malgré les préceptes de propreté contenus dans le Coran, l'Arabe est en général malpropre. Le pauvre surtout vit dans un état de malpropreté impossible à décrire, recouvert de vêtements composés de loques huileuses et sales donnant asile à une fourmilière de parasites.

Malgré ce défi lancé à l'hygiène moderne, l'Arabe est rarement malade, et au nombre des gardiens de sa santé, il faut citer surtout « l'égalité du régime domestique et l'observation à peu près constante des préceptes hygiéniques qu'impose le mahométisme ».

Aussi, en lisant les recueils des lois musulmanes, on reste frappé d'admiration devant la prévoyance géniale de Maho-

met, qui, il y a de longs siècles, avait déjà prévu l'hygiène moderne.

« Dans ces temps reculés où régnaient partout les croyances religieuses et où presque tous les peuples obéissaient avec tant de respect et d'aveuglement, même au prix de leur vie, à la voix de leurs apôtres ou prophètes, c'était à ceux-ci à chercher à éclairer les nations en introduisant dans leurs dogmes les lois de l'hygiène. » Pour rendre obligatoires chez des peuples incapables d'apprécier la raison et le pourquoi des choses les principaux actes commandés par l'hygiène, ils les ont mêlés aux injonctions religieuses proprement dites et les ont entourés du prestige qui environne les ordres qui émanent de la divinité. Aussi les Arabes, croyants fanatiques, sont-ils restés fidèles observateurs des préceptes de leurs livres saints.

La sobriété de l'Arabe, comme celle du chameau, son principal compagnon dans le Sud, est à juste titre proverbiale. « Souvent, le cavalier s'aventure dans le désert avec un petit sac de farine, quelques figues, une outre d'eau et quelques dattes. De cette farine il pétrit dans une coupe de bois cinq ou six boulettes de la grosseur d'une noix, qu'il fait sécher au soleil ou cuire sur la braise, et avec quelques dattes ou quelques figues, cela lui suffit pour la journée. »

Vivant du produit parcimonieux de ses champs de céréales, du lait de ses troupeaux, des fruits savoureux que le ciel mûrit à son intention, de l'eau du ciel et des rares fontaines, l'Arabe a une alimentation presque exclusivement végétarienne. Il ne mange que très peu de viande, et sa viande préférée est celle du mouton qu'il mange en général rôtie. La viande de porc, lourde dans toute saison et souvent malsaine, presque toujours toxique pendant l'été, est sévèrement exclue des tables musulmanes. L'indigène ne consomme que peu de gibier, qu'il ne chasse que pour le vendre.

La base de la nourriture de l'Arabe, c'est le couscous, es-

pèce de semoule qu'on prépare sous la tente avec de la farine de froment plus ou moins blutée. « Le couscous est à l'Arabe ce que le riz est à l'Asiatique, le fruit de l'arbre à pain au Polynésien, le poisson à l'Esquimau, le blé noir au Breton, le maïs et la châtaigne à quelques pauvres départements de la France. » On le fait cuire à la vapeur. Le pauvre mange le couscous gris et grossier qui n'a subi que cette simple coction, mais le riche mange un couscous d'une entière blancheur assaisonné de beurre ou de lait et orné de dattes et de raisins secs.

Après le couscous, vient la galette, sorte de pain plat à peine levé, fait de farine de froment ou le plus souvent de farine d'orge peu blutée, obtenue par l'écrasement des grains entre deux pierres. Dans les festins, cette galette, longuement manipulée par les mains plus ou moins propres des mauresques, s'offre sous forme de lamelles feuilletées fort délicates, sur lesquelles on étend une forte couche de miel.

Les mets épicés sont aussi très en honneur chez les musulmans, dans le louable dessein de combattre l'atonie gastrique. (Les vieillards surtout, pour lesquels l'heure de la frigidité a sonné avant celle de la résignation, y cherchent des remèdes à leurs défaillances, se souciant fort peu des préceptes de Trabel ben Cora (IXe siècle) : « Ce qu'il y a de pire pour un vieillard, c'est un bon cuisinier et une jeune femme. ») Les palais arabes doivent se complaire de longue date dans le plaisir des sensations fortes, puisque Mahomet a fait cette recommandation : « Que ceux qui viennent de manger de l'oignon ou de l'ail n'approchent point de notre mosquée, car les anges souffrent des odeurs qui répugnent aux hommes. »

Les figues sont une précieuse ressource pour les Arabes, dans la mauvaise saison. Ils les conservent en les entassant dans des paniers sur lesquels elles se moulent en forme de pains compacts aplatis.

Les Arabes font une grande consommation de lait. Le lait de vache est rare, ils apprécient surtout le lait de brebis, de chèvre et d'ânesse. Ils font grand usage de petit lait, de beurre et de miel.

Pendant l'été, leur alimentation est presque exclusivement végétale. Le raisin, la jujube, la citrouille, l'aubergine, les melons, les pastèques, les poivrons, les tomates et les figues de Barbarie constituent le menu de tous les repas. Le sorgho, l'asperge, les champignons et la pomme de terre trouvent quelquefois place à leur table. Il arrive souvent que ce régime exclusivement végétal, qui leur est souvent imposé par la misère, détermine chez eux des maladies aussi graves que le lathyrisme, fort bien étudié dans la thèse du docteur Richardot.

Il importe aussi de signaler une affection spéciale à l'Arabe et causée par son alimentation. On la désigne dans les hôpitaux d'Algérie sous le nom de « barbarite ».

L'indigène se nourrit quelquefois exclusivement de figues de Barbarie. Les grains de ce fruit s'accumulent dans l'S iliaque et le rectum, et déterminent une obstruction intestinale quelquefois assez complète pour amener la mort. Très fréquente en été, la barbarite nécessite souvent des interventions curieuses. Le docteur Richardot cite un cas où il a vu appliquer avec succès dans le rectum un forceps *ad hoc* sur un bol fécal extrêmement dur et composé de grains de figues de Barbarie. Pendant notre internat à l'hôpital d'Aïn-Témouchent, nous avons eu l'occasion de voir un cas de mort par barbarite. L'Arabe avait été trouvé dans la rue sans connaissance et transporté d'urgence à l'hôpital, où il expirait presque aussitôt. A l'autopsie, nous n'avons trouvé aucune lésion d'organe, mais l'intestin et l'estomac complètement vides étaient très dilatés. Dans le rectum, on trouvait un bol fécal extrêmement dur, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme et composé de grains de figues de Barbarie.

L'alcool, cette mère des péchés (oumelkabaès), comme l'appellent les musulmans, et dont le prophète avait déjà prévu dans toute leur gravité les dangers individuels et sociaux, est sévèrement prohibé. L'eau pure et le lait caillé étendu d'eau sont les seules boissons qu'on prend à table. Dans les grandes fêtes même, les liqueurs alcooliques font complètement défaut. L'Arabe ne se permet de présenter du vin ou des liqueurs à sa table que lorsque ses invités sont des Européens, et encore faut-il que celui qui est invité soit un représentant du gouvernement et que l'invitation ait un caractère officiel. Malheureusement, tandis que chez l'Arabe nomade l'alcoolisme est complètement inconnu, il n'en est pas de même chez l'Arabe de la ville, qui vit côte à côte avec l'Européen et qui lui prend ses principaux défauts avec une rapidité singulière. Chez ces derniers, on trouve un assez grand nombre de consommateurs d'alcool, mais, chose curieuse, très peu de consommateurs de vin. C'est l'eau-de-vie, et par dessus tout l'absinthe, que le musulman peu scrupuleux de sa religion consomme avec un certain plaisir. C'est surtout l'indigène de la classe inférieure qui s'alcoolise avec des liqueurs. L'Arabe de la classe élevée prend assez volontiers une coupe de champagne, qu'il baptise « limonade gazeuse », mais seulement lorsqu'il se trouve seul avec les Européens.

L'Arabe a un véritable culte pour le café, qu'il prépare d'une façon un peu particulière. Il en prend à toute heure, quand il se lève, avant son repas en guise d'absinthe, après qu'il a mangé, dans la journée avec ses visiteurs auxquels il en offre toujours.

Les cafés maures des villes et des villages sont encore les lieux de rendez-vous des Arabes les jours de marché. Ils consistent en une pièce voûtée blanchie à la chaux, tendue de nattes sur le sol, dans lesquelles « les Arabes assis à la turque ou couchés sur le flanc jouent aux cartes ou aux jeux de dame,

écoutent le récit naïf fait par l'un d'eux des contes des mille et une nuits, fument l'œil noyé de vague, muets dans une atmosphère d'effluves capiteux d'œillets et de jasmins, les blondes cigarettes ou le narguillé parfumé, et savourent lentement la décoction de moka inoffensif ».

Avec une tasse de *Kaoua* (café), le musulman passe facilement sa soirée, et si la nécessité de se désaltérer l'oblige à un supplément de liquide, c'est à une gargoulette pleine d'eau fraîche que les consommateurs se passent sans étiquette, qu'il s'abreuve sans compter.

Il nous appartient donc à nous médecins de déplorer le triste service que nous avons rendu aux Arabes en apportant chez eux nos habitudes d'intempérance et « les produits empoisonnés de nos alambics », car si les cafés maures ne débitent pas encore d'alcool, les débits tenus par les Européens reçoivent souvent, comme nous l'avons déjà dit, des indigènes qui, au mépris des préceptes de Mahomet, font à Bacchus des libations si complètes « qu'ils oublient dans la rue le plus court chemin d'un point à un autre ».

La régularité du régime et l'absence des écarts sont entièrement favorables au maintien de la santé : c'est un des principaux points de la prophylaxie des maladies. Parmi les indigènes nomades, pas de ces ivrognes de profession chez lesquels l'intoxication lente par les boissons alcooliques jette de si funestes tendances quand ils viennent à contracter une affection quelconque : « point de ces amateurs de bonne chère dont les tissus blancs trop animalisés s'incrustent des tophus de la goutte et dont les sécrétions, trop riches, laissent déposer les concrétions de la gravelle. Dans ces natures vierges, la force médicatrice exerce librement son empire, sollicite à l'aise des actes salutaires, sans que de funestes oppositions créées à l'avance, sans que des travaux d'esprits exigés par sa position sociale ne viennent contrarier ses tendances bienfaisantes. »

CHAPITRE III

RÉSISTANCE DES ARABES

Résistance aux traumatismes et aux infections post-traumatiques.

Il est un fait d'observation courante en Algérie, c'est que l'Arabe est plus résistant et plus dur que l'Européen. Il supporte presque sans souffrances les traumatismes les plus violents, et l'infection n'a que très rarement prise chez lui. Elevé dans des conditions hygiéniques très précaires, mal nourri, mal habillé, quelquefois pas nourri et pas habillé du tout, le jeune enfant, une simple chemise sur le dos, vit souvent de ce qu'il trouve. Exposé à toutes les intempéries, il attend l'âge où il pourra gagner sa vie. Beaucoup meurent, mais on comprend facilement que ceux qui ont résisté à ce régime soient des gens durs au mal.

De plus, l'Arabe n'est pas un intellectuel, ce n'est pas un nerveux héréditaire. La lutte pour la vie ne l'inquiète pas. C'est un être essentiellement matériel vivant au jour le jour, sans souci du lendemain. La formule « Mektoub » (c'est écrit) traduit parfaitement son état d'âme. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que ce système nerveux réagisse moins que le nôtre, surmené par les exigences de la vie civilisée.

Si l'indigène sent moins que l'Européen, ce que l'on observe couramment en chirurgie, c'est à son système nerveux qu'il

faut l'attribuer et non à un plus grand courage, comme on a des tendances à le croire.

Dans cet organisme si dur à la douleur, l'infection ne fait que très rarement son apparition, et de tout temps, les chirurgiens algériens ont signalé la faible mortalité fournie par les indigènes à la suite des grandes opérations.

« Les plaies pénétrantes de l'abdomen avec hernie de l'intestin guéries après réduction sans antisepsie, ne comptent plus, et la statistique de ces blessures heureusement terminées étonnerait singulièrement un chirurgien qui n'aurait observé qu'en Europe. »

Nous avons pu à ce sujet nous procurer quelques observation typiques qui donneront de cette résistance de l'Arabe à l'infection post-traumatique une idée plus nette que toutes les considérations que nous pourrions faire *a priori*. Nous citons aussi quelques observations qui nous sont personnelles et qui nous ont paru dignes d'intérêt.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Personnelle. — Hôpital d'Aïn-Temouchent. — Perforation du poumon)

Fatma ben..., 25 ans, a reçu dans la nuit au cours d'une rixe un coup de couteau au-dessous de l'omoplate gauche. Transportée immédiatement à l'hôpital d'Aïn-Temouchent, elle présente une plaie d'une longueur de 8 centimètres à la partie interne de l'omoplate gauche. La plaie doit être profonde, car elle a été faite avec un fort couteau à lame fixe. La malade crache du sang en abondance, elle a des tendances à la syncope, son pouls est petit et rapide. Injection de caféine. Lavage de la plaie et suture. Le soir, température 39°. Emphysème sous-cutané. Respiration difficile. Les crachements de sang ont à peu près cessé, le pouls est meilleur.

Le lendemain matin, la température est descendue à 37°1. Malgré notre défense, la malade refuse de rester immobile dans son lit. Le surlendemain il est absolument impossible de la tenir au lit, et le cinquième jour, se trouvant très bien et n'ayant pas assez de liberté à l'hôpital, elle demande son *exeat* avant même qu'on lui ait ôté les points de suture.

Depuis ce jour, elle a vaqué à ses travaux ordinaires. Nous l'avons revue quelques jours après un énorme baril d'eau sur

les épaules et ne souffrant pas du tout de son poumon. Dix mois après, au cours d'un remplacement, nous avons eu l'occasion de la rencontrer en parfait état de santé.

Observation II

(Personnelle)

Hôpital civil d'Aïn-Témouchent. - Coup de couteau de l'abdomen.

Mohamed ben..., 35 ans, a reçu un coup de couteau dans la région abdominale : transporté immédiatement à l'hôpital, nous constatons une plaie de 10 centimètres de longueur un peu à droite de l'ombilic. Par cette ouverture, il sort un paquet d'anses intestinales et une masse d'épiploon, le tout couvert de terre. Le docteur Achard, notre chef de service, après s'être assuré que l'intestin n'était pas lésé, et après un lavage antiseptique, résèque environ 100 grammes d'épiploon, fait rentrer l'intestin et suture. Injection de sérum anti-tétanique. Le malade n'a pas du tout de fièvre, son pouls est très bon. Le lendemain il refuse de rester au lit et se lève dans la salle en chemise, il veut manger à tout prix. Il prétend qu'il n'est pas suffisamment malade pour rester au lit, et surtout pour ne pas manger. Aussi le sixième jour, trouvant le régime de l'hôpital peu à son goût, il demande à partir.

Nous l'avons revu trois mois après au moment où son affaire passait devant les tribunaux, il n'avait eu aucune complication et sa paroi abdominale était en parfait état.

Observation III

(Personnelle)

Hôpital civil d'Aïn-Témouchent. — Coup de couteau de l'abdomen

Bachir ben Mohamed, 25 ans, reçoit un coup de couteau dans l'abdomen, un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic. Pour venir à l'hôpital, il a fait 25 kilomètres sur un âne, ses intestins, que ses compagnons n'ont pu refouler dans le ventre, sont maintenus par un linge d'une affreuse saleté. Il présente une plaie énorme de 13 centimètres de longueur, sur le côté gauche de l'abdomen. Par cette plaie s'échappe un énorme paquet d'intestin et d'épiploon. Nous lavons toute cette masse, qui a été tripotée par les mains sales de plusieurs Arabes. Après avoir réséqué un morceau d'épiploon, nous remettons la masse intestinale à sa place et nous suturons. Le malade est en très bon état. Pas de fièvre, 37°5 le soir de l'opération, son pouls est excellent. Le lendemain il veut manger et se lever. Comme nous lui refusons l'autorisation, il fait prévenir ses parents de venir le chercher, et dans cet état il regagne son douar le même jour, sur le même âne qui l'avait amené. Naturellement, aussitôt arrivé chez lui, il s'empresse d'enlever le pansement aseptique de l'hôpital pour le remplacer par un mélange de marc de café, de miel et d'herbes pilées. 8 jours après il était guéri et venait nous remercier de lui avoir cousu son ventre. La cicatrice était solide.

Observation IV

(Personnelle)

Hôpital d'Ain-Témouchent. — Coup de pied de mulet sur le front

Bachir ould..., âgé de 18 ans, entre à l'hôpital le 15 mai 1903. Il a reçu un coup de pied de mulet dans la région frontale. Il présente immédiatement au-dessus de la racine du nez une plaie en forme de fer à cheval, d'une largeur de 4 centimètres sur une hauteur de 6 centimètres. L'os frontal a été complètement enlevé comme à l'emporte-pièce. Le cerveau est à nu et les méninges peu congestionnées. Le malade ne paraît pas trop souffrir et son état général est excellent. Nous faisons aussitôt une injection préventive de sérum anti-tétanique. Nous faisons un lavage soigné de la plaie, qui est recouverte d'un mélange de terre et de fumier, et nous appliquons un pansement au sérum physiologique. Le soir, le malade a un peu de fièvre, 38°5. Le lendemain la fièvre diminue (37°8), et deux jours après elle a complètement disparu. Le malade n'a pas présenté de délire ni aucun phénomène de méningite. 33 jours après, la plaie était complètement cicatrisée et le malade quittait l'hôpital en parfait état.

Observation V

(Inédite)

Due à l'amabilité de M. Fournier, médecin de colonisation à Chateaudun-du Rhummel (Constantine)

A mon arrivée à Saint-Arnaud, au mois de février 1890, j'eus, ce qu'on appelle une aventure qui peut servir à prouver la force de résistance des Arabes, dans les infections de quelque nature qu'elles soient. Voici :

Le 27 février de cette année 1890, un superbe négro, cantonnier au 80e kilomètre, qui se trouve placé entre Saint-Arnaud et Constantine, vint me chercher pour visiter sa mère qui se mourait, me dit-il. Comme je l'ai déjà dit plus haut, je venais d'arriver, j'avais laissé tout mon matériel à La Calle, je n'avais pas même eu la précaution d'emporter une simple trousse. Je dis à l'indigène : « Je n'ai rien pour soigner ta mère, va prier le docteur Roger de venir avec toi. Il ne voulut pas, me dit qu'il avait chez lui *tout ce qu'il lui fallait* pour soigner sa mère et je partis, car l'indigène commençait à se fâcher.

A mon arrivée, je trouvais la vieille femme (60 ans environ) qui littéralement se mourait. Le matin, au point du jour, on me raconta qu'un pistolet s'était détaché du mur, était parti et avait broyé la cuisse de la pauvre femme, que je trouvais par terre, inondée du sang qu'elle continuait à perdre. Une boue gluante noire, formée d'un amalgame de détritus de toutes sortes recouvrait la blessure horrible ; on avait eu de plus le soin de faire une forte ligature au haut de la cuisse : j'avoue que j'étais fortement embarrassé, je ne savais que faire, la femme se mourait, il fallait achever la section de la cuisse, essayer de régulariser le fémur, faire un pansement quelconque, et je

n'avais rien sous la main. Le cantonnier parlait français, mon interprète aussi : avec leur aide, je pus trouver un couteau bien tranchant (ils le sont tous les couteaux arabes). Je trouvais aussi une vieille scie de cantonnier et des vieux linges, gandourah, etc... presque propres, et de l'eau en abondance. Avec cet outillage, la mort dans l'âme, je fis, comment dirais-je !... une amputation de la cuisse. Je me trompe, je mens, je ne sais pas ce que je fis ; je taillais dans les chairs avec mon couteau, heureusement le sang ne coulait qu'en petites nappes, je bénissais alors la sainte ligature, faite par une main vigoureuse. Ma scie mordit ensuite dans la fracture comminutive du fémur. Avec des fils de laine qu'on me donna, je liais tout ce que je crus être des vaisseaux, je brûlais les chairs avec un fer rouge. Je trouvais le moyen d'avoir un lambeau, je trouais la peau avec la pointe de mon couteau et fis couci-couci des ligatures de la façon que vous pouvez vous imaginer. Plaignez-moi, mais ne m'admirez pas ! Pendant ce temps, la pauvre femme hurlait à fendre l'âme, son fils et un de ses camarades la soutenaient. Je terminais l'opération en enveloppant le moignon difforme avec le linge dont j'ai parlé plus haut, et tout fut ensuite assujetti avec une corde de poils de chameau. Je revins le lendemain : à ma grande surprise l'amputée n'était pas morte et m'embrassa les mains : j'eus l'aplomb d'accepter ce témoignage de reconnaissance. Je fis alors un pansement plus humain, l'antisepsie joua son rôle. Comme il ne m'était plus possible de revenir tous les jours (la maison du cantonnier se trouve à 25 kilomètres de Saint-Arnaud), je laissais au fils tout ce qu'il fallait pour soigner sa mère. Eh bien, cette pauvre victime du pistolet, tombé du mur : cette pauvre victime du médecin colonial qui écrit ces quelques lignes, vit encore, trottine lestement avec sa jambe de bois, et je suis assez présomptueux lorsque je la rencontre de dire qu'elle me doit la vie.

Observation VI

(Inédite)

Due à l'amabilité de M. le docteur Fournier

Au mois de juillet 1897, pendant les grandes chaleurs de l'été, le sirocco soufflant avec force (vrai, je le crois antiseptique), vers les 11 heures du matin, on me pria de venir immédiatement sur la place du marché, située à 100 mètres environ de mon habitation, pour donner mes soins à un indigène, qui venait de recevoir un coup de couteau dans la région abdominale. Vrai, c'était un royal coup de couteau ! L'ouverture verticale se trouvait sur le côté droit, à 6 ou 7 centimètres environ de la ligne blanche. Elle mesurait modestement 19 centimètres de longueur à partir de la région stomacale. Le blessé était étendu sur la terre nue, au milieu de la poussière ; ma foi, je crois que tout ce qui se trouvait dans l'abdomen (qu'on ne croit pas que j'exagère trop) avait fait irruption au dehors. Je n'eus pas trop le temps de réfléchir. J'arrosais le tout avec de l'eau qu'on me porta (*aqua simplex*), je ramassais les anses intestinales que je trouvais entre les jambes, recouvrant le scrotum ; je ramassais tout ce qui avait fui du côté droit, tout cela était poivré de poussière et inondé de sang. Heureusement je ne découvrais aucune lésion intestinale. Pêle-mêle, je fis rentrer tout dans la cavité. Je fis ensuite 7 ou 8 points de suture : cette opération faite (que mes maîtres me pardonnent ! !) on transporta le résigné dans un café Maure. Quelques instants après je le visitais de nouveau et j'ordonnais des applications d'eau fraîche, légèrement phéniquée et intus du lait coupé avec de l'eau de Vichy, alternant avec quelques tasses de café noir. Eh bien, ma victime existe encore ; du reste, 25 jours après, elle vint me re-

mercier et me porter une poule et deux douzaines d'œufs (que l'on me pardonne encore ce jour-là : je fis du fourbi, j'acceptais). A ce sujet, je me rappelle que le jour où il me témoigna sa reconnaissance, il leva gravement sa gandourah pour faire admirer à ma femme et à une autre dame qui se trouvaient là, le résultat de cette opération. C'était ma foi, une fort belle cicatrice rosée encore.

Observation VII

Inédite

Due à l'amabilité de M. le docteur Fournier

Au mois de novembre 1903, je reçus un réquisitoire signé : Couret Emile, administrateur de Chateaudun-du-Rhummel.

Six indigènes de la forêt de Taffrent, douar Brana, se livrant à la fabrication clandestine de la poudre, avaient été affreusement brûlés dans leur gourbi. Je partis, en compagnie du commissaire de police, qui devait faire l'instruction préliminaire, et, à tout hasard, je portais avec moi le coffin traditionnel renfermant trois litres de liniment oléo-calcaire, deux paquets de coton et quelques bandes. Helas ! quelle insuffisance. Il m'aurait fallu une ou deux douzaines de litres de liniment et du coton par kilos. Notez que nous étions à 30 kilomètres d'endroit civilisé. Le gourbi était brûlé, brûlé aussi tout ce qui était linge et vêtements. Les victimes (hommes, vieille femme, enfants) ne présentaient sur leur corps, de la tête aux pieds qu'une seule brûlure du second degré. Tout ce pêle-mêle grouillait, se plaignait, poussait des cris lamentables. Dame ! Je fis ce que je pus, j'enduisis de liniment les parties les plus gravement atteintes, je recouvris de coton ces mêmes parties, et je partis Ench-Allah ! en recommandant à

Dieu et à Mahomet les pauvres victimes, que je croyais devoir aller dans un monde meilleur. 15 jours après seulement, le brave Dahmani, cheik de Brana, me donna des nouvelles. La smalah entière était en voie parfaite de guérison et ne demandait qu'à fabriquer de nouveau de la poudre, pour entreprendre, plus tard, la guerre sainte. Pas un mot de remercîment, pour le pauvre Tebib des Roumis, on s'était guéri, me dit-on, avec une pommade (que devient donc l'antisepsie) composée de bouse de vaches, de marc de café, de tabac à priser et de piments rouges. La moralité de tout ceci, c'est que les Arabes offrent une certaine résistance.

Observation VIII

(Inédite)

Due à l'amabilité de M. le docteur Fournier

Au mois de mars 1898, je reçus un réquisitoire signé : Ernest Person, juge de paix à Saint-Arnaud. Un vieil Arabe âgé de 64 à 65 ans environ, avait reçu un coup de couteau dans le flanc gauche. D'après les dires du cheik, qui avait transmis son rapport, l'état du blessé était excessivement grave ; d'après lui, la mort était imminente. Nous nous transportâmes, le lendemain seulement, vers les 10 heures du matin ; la Metcha où nous nous rendîmes était à 5 kilomètres de St-Arnaud. Il convient de noter par conséquent que la victime, un nommé Brahim ben Lamri, était resté près de trois jours sans recevoir de soins appropriés à son état ; je me trompe cependant : un tebib arabe était passé par là et avait prodigué, non seulement des soins méthodiques, à sa façon, mais avait donné encore une amulette dont il avait garanti l'efficacité ; il est certain que dans toutes les religions la foi sauve l'âme, mais

ne sauve pas toujours le corps. A mon arrivée, je trouvais le blessé dans un état déplorable, l'état général était on ne peut plus mauvais ; une anxiété extrême se lisait dans son facies, le pouls misérable battait la chamade avec une rapidité inouïe, l'œil était vitreux. Ma première pensée fut que j'aurais bientôt une autopsie à faire et que le blessé pourrait m'éviter un second voyage.

Après avoir étudié cet état général, je découvris la blessure. Quelle fut ma surprise, le coup de couteau avait ouvert l'abdomen verticalement au-dessous des fausses-côtes, sur une longueur de 8 à 9 centimètres environ, une portion d'épiploon et une anse intestinale avaient fait hernie par l'ouverture.

Le tebib arabe avait jugé convenable de lier fortement cette masse au moyen d'une ficelle. Le tout était violacé, couleur lie de vin, et fortement sphacélé déjà. Immédiatement, j'ouvris ma trousse, je tranchais le lien, j'avais par hasard dans un couffin que je portais une bouteille d'eau phéniquée (désinfectant pour autopsie). Je lavais succinctement tout ce qui se trouvait en dehors ; je réduisis, je fis deux points de suture et me contentais de prescrire, des applications de compresses de l'eau phéniquée, que j'abandonnais généreusement. Ce seul traitement fut pratiqué et aujourd'hui 12 février 1905, on peut voir, à 5 kilomètres de St Arnaud, dans un gourbi qui avoisine la route de Sillègue, un vieux de 70 ans environ, qui ne conserve comme souvenir de cette aventure qu'une cicatrice verticale de forme linéaire.

Observation IX

(Inédite)

Due à mon ami Maurice Jourdan, étudiant en médecine

Me trouvant pendant les grandes vacances, à la clinique chirurgicale du docteur Babilée, à Douéra (près d'Alger), un gendarme vint, une après-midi, pour chercher le docteur, car

deux Arabes venaient de se battre et s'étaient grièvement blessés tous les deux. Le docteur étant absent, je me rendis en compagnie de l'infirmier, à la prison, emportant avec moi, une trousse, quelques pinces hémostatiques et des compresses antiseptiques, afin de faire un pansement provisoire.

Lorsque j'entrai, je trouvai l'un des blessés en train de laver sa figure dans un grand seau d'eau fraîche. En l'examinant, je vis qu'il présentait « une plaie contuse de plusieurs centimètres de longueur, mettant à nu le crâne et allant de la région pariétale gauche à la bosse frontale gauche, à deux travers de doigt au-dessus de l'extrémité supérieure du pavillon externe de l'oreille : l'arcade sourcilière gauche fendue : la portion cartilagineuse du nez aplatie ; la lèvre supérieure fendue au milieu. Ces blessures avaient été faites avec l'arme favorite des indigènes, la matraque. Il perdait assez de sang ; aussi j'appliquai, pour le moment, des compresses, que je maintenai à l'aide de bandes, et je priai l'un des gendarmes de l'amener dans la salle d'opération de la clinique, afin de suturer ces blessures.

Quant à l'autre Arabe, le plus intéressant, il se tenait accroupi dans un coin, et lorsque je lui demandai à quel endroit il souffrait, il me répondit qu'il avait le ventre percé d'un coup de couteau, mais que néanmoins il pouvait marcher. Il me suivit alors, marchant doucement, courbé en deux, son visage ne manifestant pas une trop grande douleur. Arrivé dans la salle d'opérations, je lui dis d'enlever doucement son pantalon et sa ceinture.

Je remarquai d'abord que ceux-ci avaient été nettement coupés par le couteau, puis quand ces vêtements furent enlevés, je vis apparaître aux lèvres de la plaie, une portion d'anse intestinale. L'ouverture, très régulière, avait été faite avec un couteau-rasoir, et mesurait environ 3 centimètres de longueur, formait une boutonnière et était située dans l'hypocondre gau-

che, sur la ligne qui joindrait les épines iliaques antéro-supérieures, à deux travers de doigt de la ligne blanche et parallèle à celle-ci. Le pantalon, d'ailleurs excessivement sale, avait donc été en contact, pendant plus d'une heure, avec la plaie béante et l'intestin. Devant ce cas, je conseillai son transport immédiat à l'hôpital, mais il ne voulut rien entendre et me supplia simplement de lui « coudre son ventre ». Après avoir nettoyé le pourtour de la plaie, je lui fis quatre points de suture. Il n'avait presque pas saigné, je me contentai de saupoudrer la plaie une fois fermée de poudre d'iodoforme, et je lui appliquai un bandage de corps. Je prévins les gendarmes que si quelque chose d'anormal se produisait, ils vinssent chercher le docteur. Or il n'en fut rien, et huit jours après (car il n'avait passé qu'une nuit à la geôle) il revint à la clinique me montrer la plaie : j'enlevai les crins, la plaie était parfaitement réunie. Il n'avait, entre temps, ressenti aucun malaise, pouvant indiquer qu'il ait pu avoir de la fièvre.

Quant à l'autre, malgré son état de saleté repoussante, les sutures guérirent avec presque autant de rapidité, bien que son pansement fut constamment souillé, car il couchait par terre, dans un petits bois d'eucalyptus, dans la poussière et la vermine.

Observation X

Docteur Bernard, de Tlemcen

Revue médicale de l'Afrique du Nord

Femme de 25 ans environ, de la tribu des Beni-Hediel.

Dans une fête arabe donnée en l'honneur d'un délégué du chériff d'Ouazzan, elle avait reçu presque à bout portant, un coup de feu chargé à blanc. La déflagration de la poudre avait détruit l'extrémité sternale des deuxième et troisième cartila-

ges costaux droits, sur une longueur de 3 centimètres environ. La partie droite du sternum avait elle-même été enlevée à ce niveau sur une longueur de un centimètre. C'était une plaie béante à bords déchiquetés et recroquevillés en dedans, du diamètre environ d'une pièce de cinq francs. Le poumon droit était atélectasié, les signes d'asphyxie considérables, l'hémorragie avait été abondante, et j'avais conclu à l'imminence de la mort.

Vingt jours après, je revoyais la blessée, sous la tente, dans un état de maigreur indicible, avec une fièvre hectique, 180 pulsations et 40°8. Les bords sphacélés de la plaie furent enlevés avec des pinces, et l'on voyait dans le thorax le fond de la cavité d'une coloration jaune verdâtre. A gauche également dans la plaie, on voyait nettement les battements cardiaques. Je fis un lavage avec de l'eau de citerne bouillie filtrée à travers du coton hydrophile, additionnée de sublimé à 1.2 %. J'en versai un litre environ dans le thorax. Puis, deux Arabes me renversèrent la malade qui se vida de son contenu, comme on eût fait d'une gargoulette. Je bouchai l'orifice avec du coton hydrophile et de la gaze iodoformée. Je laissai aux indigènes des objets de pansement, leur recommandant de renouveler tous les jours la même opération. Dans un rapport au juge d'instruction, je concluais à la mort, et, deux mois après, ma blessée pouvait venir devant ce magistrat, ayant parcouru à pied les 21 kilomètres de route. Cette femme était encore vivante 18 mois après.

Observation XI

Docteur Bernard, de Tlemcen

Au moment de la récolte de 1894 ou 1895, aux Ouled Addou, un Arabe de 20 ans, endormi auprès du blé qu'il devait garder, recevait sur la tête un formidable coup de matraque, qui le

laissait étendu sans connaissance. Quand je le vis, il y avait une vaste plaie contuse de la région pariétale droite supérieure et antérieure. Un fragment osseux de 25 millimètres de diamètre environ était adhérent par un filament de péricrane. Je l'enlevai, ainsi que deux cuillerées à café environ de pulpe cérébrale disséminée dans la plaie. Ici encore mon pronostic fut fatal à deux reprises. Vingt jours après mon blessé avait sa plaie inondée d'un pus crémeux sortant en abondance par l'orifice crânien. Je croyais à une méningo-encéphalite devant l'enlever. Il s'en tira très bien, sauf les paralysies dues à l'ablation de la substance cérébrale.

Observation XII

De MM. les docteurs Legrain et Claverie, de Bougie

Un indigène de 30 ans environ, se rendant au village d'El-Kseur, reçoit, quelques centaines de mètres avant d'y arriver, un coup de pistolet à bout portant dans le dos. Examiné immédiatement par l'un de nous, le blessé présente un trou d'entrée du projectile, à bords irréguliers, situé entre la septième et la huitième côte, à 10 centimètres environ de la colonne vertébrale. Pas de trou de sortie, mais en avant, on aperçoit l'extrémité inférieure du sternum soulevée, déformée, la région douloureuse à la pression. Un projectile était donc venu se loger derrière l'appendice xyphoïde. Des crachements de sang et la présence d'un léger épanchement pleural ne permettent pas de douter de la perforation du poumon. Le pouls est très fréquent : le malade se plaint de douleurs précordiales : on note de temps à autre une série de battements cardiaques précipités, coïncidant avec un peu de suffocation : peut-être le projectile a-t-il lésé le péricarde ? Le blessé se plaint

de douleurs abdominales : on observe un léger ballottement de la région sus-ombilicale.

Entre temps, l'assassin fait des aveux et apprend que son pistolet contenait, outre une balle ronde, un lingot de fer de section carrée, long de deux à trois centimètres. Les Kabyles de la région se servent beaucoup de ces morceaux de fer pour fabriquer différents outils : ils les coupent aussi en morceaux pour charger leurs armes à feu quand ils doivent tirer de près, et nous avons, à plusieurs reprises, eu l'occasion d'en enlever chez d'anciens blessés. Le blessé est transporté deux jours après avoir reçu le coup de feu, à l'hôpital civil de Bougie, où l'un de nous extrait sans grande difficulté le projectile rétro-sternal : c'est une balle de plomb, ronde, d'un peu plus d'un centimètre de diamètre.

La plaie chirurgicale faite à gauche de l'appendice xyphoïde se réunit par première intention et est guérie le huitième jour. Dès son arrivée à l'hôpital, le blessé présente une tendance aux syncopes du fait d'abondantes hémorragies intestinales. Le ventre est à peu près uniformément ballonné : cependant la région cœcale est souple. Le blessé accuse de la douleur localisée, surtout autour du nombril : c'est une douleur constante, augmentant avec la palpation. Urines normales bien que peu abondantes. Les premières selles rendues à l'hôpital renfermaient un sang noirâtre, mais les selles suivantes étaient nettement sanglantes et contenaient un sang rouge liquide n'ayant subi aucune fermentation : dix à douze selles par jour. La lésion intestinale, en raison du siège de ces douleurs et de la nature du sang rendu par l'anus, pouvait donc être localisée au côlon transverse : c'est une portion d'intestin qu'avait lésée le deuxième projectile.

Vu le météorisme et l'affaiblissement notable du malade, j'hésitai pendant plusieurs jours à pratiquer la laparotomie. Diète liquide, repos absolu.

Le cinquième jour après son entrée à l'hôpital, les crachements de sang disparaissent.

Vers le douzième jour, les hémorragies intestinales diminuent ; le malade ne rend plus alors qu'un ou deux petits caillots noirâtres ; le météorisme disparaît.

Au bout de trois semaines, le blessé se lève et demande son exeat.

Observation XIII

Docteur Bernard, de Tlemcen

Revue médicale de l'Afrique du Nord

Une mauresque de 30 ans environ, des Beni-Ourmid, a reçu un coup de feu il y a huit jours. La balle a pénétré au milieu de la face antérieure du poignet droit, à 3 centimètres environ au-dessus de l'interligne. Elle a glissé sous le carpe et le métacarpe dans la région palmaire, et est allée sortir dans la région dorsale, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius, où les deux extrémités osseuses sont broyées. Le médius ne tient que par des lambeaux cutanés et est destiné à disparaître. Les plaies sont bourrées d'un mélange de laine, huile, charbon, etc... Il n'y a pas de suppuration, pas de fièvre, la langue est rose, et la femme est venue de sa tribu à pied et va y retourner de même.

Observation XIV

M. le docteur Rech, médecin communal à Sidi-Chami (Oran)

Revue Médicale de l'Afrique du Nord

Les plaies de la tête, résultant de coups de matraque, sont assez fréquentes.

Je n'en citerai qu'un cas assez curieux.

Un berger du douar Amid a le cuir chevelu fendu dans toute son épaisseur sur une longueur de plusieurs centimètres. Hémorragie abondante par suite de rupture d'une artériole. Le blessé, pour venir me trouver, fait 10 kilomètres à pied, recueillant, je ne sais trop pourquoi, tout le long du chemin son sang dans sa chéchia. Un caillot la remplissait presque aux trois quarts. A peine arrivé, exsangue, il tombe de faiblesse et reste plusieurs heures sans mouvement. Je tords l'artériole qui ne donne plus qu'à peine, et j'applique un pansement agglutinatif. Il est transporté le soir chez des indigènes du village.

Comme j'allais le revoir le lendemain, j'apprends qu'il assistait à une noce Arabe du voisinage, où, prenant large part au couscous familial, il prétendait n'avoir plus besoin des soins du toubib.

Observation XV

Docteur Nadaud, de Bordj-Menaiel
Revue médicale de l'Afrique du Nord

Le 17 mai dernier, vers deux heures de l'après-midi, on apportait un enfant indigène de 10 ans environ, Kouider Alouet, employé dans une fabrique de crin végétal de Bordj-Menaiel, qui venait d'être victime d'un grave accident.

Cet enfant, en effet, en jouant près d'une machine à peigner le crin, en mouvement, avait fait un faux-pas et était tombé si malheureusement que le bras droit s'était engagé dans les dents de l'appareil, et qu'en moins d'une seconde le membre avait été arraché, broyé et projeté au dehors.

En même temps que l'enfant, on m'apportait enveloppé dans un journal, le membre arraché, réduit en bouillie, et auquel adhérait d'une part, une partie de la clavicule brisée vers son tiers moyen, et, d'autre part, l'omoplate entière absolument

intacte. La plaie était énorme, irrégulière, déchiquetée, anfractueuse, avec des lambeaux de muscles, de peau broyés et ne tenant au tronc que par un pédicule. Pas d'hémorragie, la rétraction des vaisseaux avait suffi pour produire l'hémostase, et au moment même de l'accident, l'écoulement sanguin avait été insignifiant, ainsi que je pus m'en assurer en visitant, quelques heures plus tard, les lieux de l'accident. L'état du malade était des plus mauvais : stupeur profonde, refroidissement des extrémités, pouls misérable, tendance aux lipothymies.

Mon pronostic, des plus graves, fut formulé dans les termes suivants sur la feuille de la Compagnie d'assurances : « Mort probable en quelques heures ». Je fis sur le champ un pansement antiseptique, un peu serré, dans la crainte d'une hémorragie secondaire, et je m'empressai d'expédier mon blessé à l'hôpital de Ménerville. Le lendemain matin je le revis, au moment de la visite : pas d'hémorragie, le pouls s'était relevé, la stupeur avait disparu. Après quatre ou cinq jours, la fièvre, très modérée du reste, avait disparu et le malade sortait complètement guéri de l'hôpital, après un séjour de 53 jours.

Observation XVI

Revue Médicale de l'Afrique du Nord)

Un jeune Arabe de 10 ans environ tombe dans un puits : il se brise le tibia et le fémur droit ; il s'enfonce le pariétal gauche. On le sort du puits sans connaissance, sans mouvement. Le docteur Bernhardt le soigne. Le jeune indigène est consécutivement atteint d'hémiplégie. Notre confrère s'apprêtait à le trépaner, lorsqu'il vit les symptômes d'hémiplégie disparaître, une partie du pariétal s'éliminer. A notre arrivée à

Métameur, nous avons trouvé le malade dans l'état suivant : fractures de la jambe consolidée, avec cal vicieux (il n'y a jamais eu d'immobilisation possible). Ce malade marche avec une béquille, il ne présente aucune trace d'hémiplégie. Une légère pression exercée sur le pariétal gauche, permet de constater qu'il n'existe plus à ce niveau qu'une coque osseuse excessivement mince. Pour augmenter la résistance de cette partie de son crâne, aux chocs futurs, les parents ont cousu une plaque en fer blanc à la chéchia.

Observation XVII

Revue Médicale de l'Afrique du Nord)

Un Arabe reçoit à petite distance un coup de fusil chargé à poudre et à chevrotines, qui lui fait à la partie inférieure du thorax, côté droit, un trou de la grosseur du poing, brise trois côtes, labourre le lobe inférieur du poumon droit. Il s'applique un pansement arabe, et le troisième jour, se met en route à chameau, pour venir nous montrer sa blessure à Tébessa et nous demander un certificat. Avec cette horrible blessure, il fit 80 kilomètres à chameau, pour venir ; autant pour repartir. Il n'y avait plus d'hémorragie, et il n'a pas réclamé nos soins. Tout ce qu'il désirait, c'était notre certificat lui permettant de poursuivre son ennemi.

Observation XVIII

Coup de couteau de l'abdomen. — Hernie de l'épiploon. — Sphacèle de la partie herniée

(Revue Médicale de l'Afrique du Nord, 1900)

Bougerra Sliman ben Mohammed, blessé le 8 avril. Le 14, je me rends auprès du malade.

Plaie pénétrante de l'abdomen, par un instrument piquant

et tranchant, longueur 45 millimètres. Hernie de l'épiploon avec nombreuses plaques sphacélées et gangrène commençante de la partie herniée.

Toilette de la région et de la partie herniée avec une solution de permanganate à 20 pour 1000 environ. Pendant cette toilette, un parent du blessé crut devoir m'aider en enlevant du sang coagulé avec ses ongles d'abord, ensuite avec ses doigts humectés de salive. Résection de la partie herniée et suture de la plaie.

Deux mois après, Sliman faisait quarante kilomètres à mulet pour venir me remercier.

Observation XIX.

Duron, médecin-chef, hôpital Djidjelli

Revue médicale de l'Afrique du Nord, 1960

Coup de corne dans l'abdomen. — Hernie des intestins

Le nommé Khalfa ben Belkassen, voulant arrêter un taureau, reçut un coup de corne dans l'abdomen. Khalfa, sentant une douleur dans le ventre, releva sa gandourah et, voyant que ses intestins sortaient, les ramassa dans son burnous malpropre. Il eut la force d'aller jusqu'à son gourbi situé à trois cents mètres.

L'intervention jugée impossible dans le milieu où il se trouvait, on porte le malade à l'hôpital sur un mulet.

Il fallut trois heures de trajet dans des chemins impossibles.

Toilette péritonéale, résection d'un paquet épiploïque d'un gris sale. Khalfa est en état syncopal : on se contente de placer des compresses chaudes sur l'intestin sans refermer, l'état étant jugé désespéré.

Il est dix heures du soir. Le lendemain seulement on su-

fire la paroi abdominale. Un mois après le malade sort guéri sans avoir présenté d'autres accidents qu'un peu de suppuration au niveau d'un point de suture.

Observation XX

Docteur Legrain

Coup de couteau de l'abdomen. — Hernie de la rate et de l'épiploon

Revue médicale de l'Afrique du Nord, 1899

A la suite d'un coup de couteau, la rate, d'ailleurs hypertrophiée, était sortie de l'abdomen avec un morceau de l'épiploon. Il existait, au moment où je vis le malade dans son douar, de la péritonite localisée, et, requis par la justice, je fis sur la blessure un rapport concluant à la mort imminente. Un mois après, exactement, le même blessé, complètement guéri, faisait soixante kilomètres à mulet pour venir déposer contre son agresseur : la rate sortie de l'abdomen s'était nécrosée et la suture spontanée des lèvres de la plaie s'était faite sans éventration, des pansements sales avaient été sans relâche appliqués par des empiriques arabes.

RÉSISTANCE AUX INFECTIONS PUERPÉRALES

Cette résistance à l'infection que nous constatons chez l'homme, nous la retrouvons d'une façon encore plus nette chez la femme. Habitué à la propreté des maternités françaises où l'on fait aux microbes une guerre si acharnée, nous avons été frappé de voir dans quelle saleté repoussante se faisaient les accouchements des femmes indigènes. Nous avons cherché à nous rendre compte de la mortalité des femmes

arabes par suite de couches et, à notre grande surprise, nous avons constaté qu'elle était presque négative.

Chez l'Arabe le privilège des accouchements est donné à quelques matrones dont le seul travail est en général d'exhorter la malade.

« Quant aux médecins indigènes, ils sont encore à se demander comment peut bien se faire une délivrance. » Le Coran a, en effet, entouré de trop de mystère les régions où la femme met sa pudeur pour qu'il soit permis à n'importe quel homme d'en soulever le voile, même pour raisons de santé et dans un péril de mort imminent.

« Aussi, que de pauvres femmes déchirées par les douleurs atroces d'une parturition difficile se sont vues abandonnées, seules, sans secours, étendues sur une simple natte pour lit de travail, à une agonie sanglante et désespérée, parce qu'il n'y avait rien à faire. *Mectoub*. L'enfant n'a pas voulu sortir parce que telle était la volonté d'Allah. Il prévoyait que cette petite créature courait au devant des misères et des crimes de la vie d'ici-bas et il a mieux aimé ne lui donner jamais la lumière du jour. La femme qui le portait dans son sein était digne d'un meilleur sort, mais les volontés du maître de toutes choses sont éminemment respectables et puisque sa sagesse avait décidé que cette femme mourrait à telle heure, sacrilège eût été de déranger le cycle des événements réglés de toute éternité. »

Cependant, lorsque l'accouchement se prolonge, les matrones d'aujourd'hui, plus expérimentées que leurs devancières, emploient les procédés les plus singuliers. Pour faciliter la sortie du fœtus, la femme est suspendue par les bras la taille est entourée d'un haïck auquel s'attellent les impitoyables mégères. Souvent elles placent une planche sur la région ombilicale, montent dessus, espérant ainsi hâter la terminaison de l'accouchement. D'autres fois encore, elles

roulent par terre la femme dans tous les sens, la pendent par les pieds et malaxent l'utérus. Après ces manœuvres qui n'aboutissent pas, la mère épuisée succombe quelquefois, ou, affreusement mutilée, se voit condamnée à des infirmités incurables. Pendant l'accouchement, le périnée n'est jamais soutenu. Les matrones tirent sur la partie qui se présente. Le cordon est coupé, quelquefois lié et saupoudré d'alun. Pour la délivrance, on tire sur le cordon. Après l'accouchement, non seulement la femme ne reçoit aucun soin, mais encore on la voit le soir même, sous la tente, pétrir la farine pour faire son pain, et aller chercher du crottin de chameau pour allumer le feu où elle le fera cuire.

Eh bien, malgré ce manque d'antisepsie, d'asepsie et même de propreté la plus élémentaire, la fièvre puerpérale sévit très peu chez l'indigène. Le docteur Massonnet, installé depuis 10 ans à Gouraya, a remarqué d'une façon très nette cette résistance à l'infection puerpérale. Prenant les registres de la commune qui comprend 3.870 indigènes, il a constaté pour l'ensemble des années 1902, 1903, 1904, 47 décès de femmes. Or, aucune de ces 47 femmes, nous dit-il, n'avait accouché dans l'année de son décès. Donc aucune n'a pu mourir de suites de couches. D'autre part, sur 649 accouchements de musulmanes, aucun n'a été suivi d'accidents puerpéraux.

Ayant fait les mêmes recherches dans la commune de Misserghin où nous habitons, nous avons constaté que pour une population indigène de 2.000 âmes, la mortalité des femmes avait été de 9 en 1900, de 7 en 1901, de 3 en 1902 et de 7 en 1903. Or, sur ces 26 femmes mortes pendant ces quatre années, une seule avait accouché dans l'année de sa mort et encore n'était-elle morte que six mois après son accouchement. En outre, pendant ces quatre années, le nombre des accouchements arabes a été de 201, et le docteur de la com-

mune n'a pas eu à constater un seul cas d'accidents puerpéraux.

« Il paraîtrait donc que le streptocoque n'établit pas volontiers son domicile au niveau de la muqueuse utérine indigène. En effet, en Europe on a compté dans certaines maternités 1 décès sur 20 accouchements. Dans les villes même où les sages-femmes européennes pratiquent l'art obstétrical avec tous les soins nécessaires, on note environ un décès sur 400 accouchements. A Alger, en 1903, sur 3708 naissances, il y a eu 17 décès par septicémie puerpérale. On peut donc dire en se servant de l'expression du docteur Cochez au sujet de la fièvre typhoïde : « La septicémie puerpérale n'aime pas l'Arabe. »

Cependant, malgré cette immunité de la femme arabe à l'égard de l'infection puerpérale, il y aurait intérêt à introduire un peu d'antisepsie sous la tente. Mais pour faire connaître à l'indigène une obstétrique plus rationnelle, il ne faut pas songer à employer les hommes. Jaloux à l'excès, l'Arabe ne permettra jamais à un autre Arabe, fût-il diplômé de toutes les facultés françaises, d'examiner sa femme.

On a donc songé à utiliser les femmes pourvues de doctorat en médecine. Il y a quelque temps, Mme Chellier a été envoyée en mission médicale dans l'Aurès, par M. le gouverneur général. Elle a été fort bien accueillie et a pu donner d'utiles renseignements aux matrones du pays sur la pratique des accouchements.

Mais cela ne suffit pas et nous souhaitons que l'idée du professeur Soulié et du docteur Gros (de Rebeval) soit mise à profit par M. le gouverneur général qui créera à côté des auxiliaires indigènes un corps de sages-femmes indigènes, qui, ayant quelques notions d'accouchement, les pratiqueraient dans les douars avec asepsie, et pourraient avertir le médecin de colonisation dans les cas difficiles. Ce serait

certainement là un grand service à rendre aux malheureuses femmes arabes...

Observation XXI

Docteur Bernard, de Tlemcen

Cas d'obstétrique. — Je fus appelé, une nuit, par une sage-femme, pour une mauresque en couches depuis quatre jours. Une matrone indigène était, dès le début, auprès de la parturiente. Le mari, ne voyant rien venir, s'était adressé à la sage-femme, laquelle, trouvant une tête trop grosse, avait appelé un médecin. Elle était grosse, en effet, la tête, tellement grosse qu'elle n'avait pu franchir le détroit supérieur.

La palpation, très facile en ce cas, permettait de reconnaître à travers la paroi abdominale, un enfant de dimension considérable. D'un autre côté, tous les signes cliniques, et, en particulier, stéthoscopiques, nous permettaient de reconnaître d'une façon absolue la mort de l'enfant. J'essayais quatre à cinq fois d'appliquer le forceps, je ne pus même pas ariver à croiser les branches. J'appelai à mon aide un de mes plus honorables confrères, un médecin militaire, qui habitait près de là.

La salle d'opération, c'était par terre. Comme antisepsie, de l'eau bouillie dans un pot servant à la cuisine ; comme linge, de vieux chiffons ; comme instruments, un forceps, un perce-crâne et ma trousse. Comme honoraires, mon confrère en fut d'un pantalon et moi d'un complet. Nous perforâmes le crâne, et, après l'avoir vidé, nous pûmes saisir la tête avec le forceps et l'entraîner à la vulve. Impossible de faire entrer une épaule dans le petit bassin, et pourtant nous tirâmes si bien sur la tête, qu'elle fut sur le point de nous venir avec le forceps, sans le reste. On décapita. Nous pûmes arriver à glisser un crochet sous l'aisselle, tirer légèrement l'épaule

et la désarticuler avec les ciseaux. Le bras alors facilement enlevé, nous pûmes saisir l'aisselle droite et attirer le reste du corps. La délivrance vint bien. On pratiqua un lavage à l'eau bouillie. Le vagin fut bourré de gaze iodoformée. Il était deux heures du matin. Je réservai pour le jour, à la première heure, une toilette plus minutieuse, avec les premiers éléments de confort, au moins une table et une chaise. Les débris de l'enfant pesaient six kilos. Je revins à sept heures, ni table, ni chaise, et je trouvai « Madame » en train de laver son linge. Elle me remercia de l'avoir délivrée et refusa toute antisepsie. Je la revis quelques jours après, elle allait très bien.

Observation XXII

Docteur Bernard, de Tlemcen

Cas d'obstétrique. — J'avais affaire à une femme qui, me disait-on, avait eu un commencement de fausse couche remontant à douze jours, et qui avait des pertes fétides. Je l'examinai et pus retirer du vagin un œuf de trois mois en pleine putréfaction. Le col de l'utérus était totalement sphacélé et je pus l'enlever dans la même séance. Des lavages au sublimé furent faits et il ne survint aucun accident. Malgré ce foyer d'infection, il n'y avait presque pas eu de fièvre et la malade s'était alimentée régulièrement.

RÉSISTANCE A LA FIÈVRE TYPHOIDE, A L'APPENDICITE, AU TÉTANOS

Le docteur Cochez, d'Alger, a dit que « la fièvre typhoïde semblait ne pas aimer l'Arabe ». Ce n'est qu'exceptionnellement, en effet, que les médecins algériens ont pu constater

quelques cas de fièvre typhoïde chez les indigènes, alors que les Européens installés en Algérie payent un large tribu à la maladie.

Si nous rapportons ici les statistiques relevées à ce sujet dans la thèse du docteur Bruch, nous serons surpris de voir combien cette différence est grande.

Voici la différence entre le nombre de cas de fièvre typhoïde chez les Européens et les Arabes à l'hôpital de Mustapha (Alger), depuis 1868 :

Entrants

Total :	Européens	28.251	Fièvre typhoïde	659
	Arabes	9.147	—	13

Parmi ces treize Arabes atteints de fièvre typhoïde, le docteur Bruch, en consultant les registres, en a trouvé trois qui y figuraient avec le diagnostic de dothiénentérie avec un gros point d'interrogation et un quatrième était sorti guéri huit jours après son admission.

Voici la statistique de l'hôpital de Constantine depuis 1885 :

Entrants

Total :	Européens	9.268	Fièvre typhoïde	170
	Arabes	3.090	—	20

M. Fata, directeur de l'école arabe-française d'Alger, consulté par le docteur Bruch, afin de savoir si, parmi ses élèves tous indigènes, on avait constaté des cas de fièvre typhoïde, lui répondit : « Depuis quinze ans que je dirige l'école, je n'ai constaté que trois cas de fièvre typhoïde : je crois que cette maladie est très rare chez les indigènes. »

Les docteurs Ali Bouderba et Ab-el-Kader-ould-Bouzian qui donnent leurs soins à une quantité de coreligionnaires

ont une opinion encore plus ferme. Ils affirment que la fièvre typhoïde est rare chez l'Arabe et prétendent n'en avoir jamais observé.

Les médecins de colonisation de Monzaïa-ville, Marengo, Palestro, Douera, Ténès, Cheraga, etc., déclarent qu'ils n'ont jamais observé cette maladie chez les Arabes.

Le docteur Dumain et le docteur Vincent ont également constaté cette immunité réelle de l'Arabe à l'égard de la fièvre typhoïde.

Le docteur Trabut, qui possède à l'hôpital de Mustapha un service de médecine qui, depuis de longues années a été presque exclusivement réservé aux Arabes, n'a jamais observé parmi eux un seul cas de dothiénenterie.

D'ailleurs, grâce à son régime alimentaire, l'Arabe est réfractaire à presque toutes les affections du tube digestif. L'ulcère de l'estomac est exceptionnel, de même que le néoplasme de l'estomac et si l'on rencontre chez eux quelques cas de diarrhée et de dysenterie en été, ils le doivent à une consommation exagérée de pastèques et de melons.

Par contre, l'appendicite est excessivement rare chez l'Arabe ; le docteur Legrain, de Bougie, n'en a observé que très peu de cas et conclut à sa grande rareté. Le docteur Brunswick le Bihan, de Tunis, prétend que les Arabes nomades végétariens sont exempts d'appendicite. Il n'en a jamais observé à l'hôpital Sadiki (Tunis) où les indigènes viennent de divers points de la Régence.

Une autre affection à laquelle les Arabes offrent une grande résistance, c'est le tétanos. En effet malgré la saleté repoussante qui caractérise leurs plaies toujours souillées de terre et souvent pansées avec de la bouse de vache, presque jamais les médecins algériens n'ont eu à constater des cas de tétanos.

CHAPITRE IV

CAUSES DE CETTE RÉSISTANCE

A quoi doit-on attribuer cette résistance organique des Arabes. On en a donné plusieurs raisons. Les uns l'ont attribuée à une sélection naturelle dans l'enfance, d'autres en ont fait une immunité de race, d'autres y ont vu le résultat de leur vie au grand air et au soleil, d'autres enfin l'ont attribuée à une action nerveuse.

Certes, toutes ces raisons ont leur valeur et nous ne voulons pas les nier, mais nous croyons qu'on n'a pas jusqu'ici assez insisté sur la sobriété de l'Arabe et sur son régime alimentaire.

La sobriété est certainement le facteur qui maintient le plus les qualités de la race et qui donne aux Arabes cette endurance excessive. Le régime alimentaire de l'indigène est, en effet, peu propice aux intoxications et aux infections intestinales. Le blé et l'orge concassés grossièrement, qui sont la base de son alimentation ne sont-ils pas l'équivalent du pain complet efficace dans la constipation et les colites ; en outre, nous l'avons vu, il ne mange que fort peu de viande.

Sous un soleil ardent comme celui de l'Algérie, les fonctions digestives sont très ralenties : en été, les congestions du foie et les indigestions doivent être évitées autant que possible. A cet effet, le régime végétal des Arabes est excel-

lent. Enfin, n'étant pas alcooliques, les Arabes résistent mieux aux processus suppuratifs.

Par sa sobriété, l'indigène se met donc à l'abri de nos gastroentérites et de leurs complications. De plus, l'hérédité de l'Arabe est peu chargée : on ne trouve pas chez lui comme chez nous des parents nerveux ou arthritiques. Par contre, il est vrai, la syphilis est extrêmement répandue parmi eux, mais la nature vierge de l'Arabe la supporte admirablement. La goutte et la gravelle ne se rencontrent jamais chez l'Arabe grâce à son régime alimentaire. L'intempérance et l'abus du régime carné introduisent au contraire dans le problème de la durée de notre existence une foule d'éléments qui la compromettent et nous comprenons que le père Debreyne, de la Grande Trappe, ait pu s'écrier dans un élan d'enthousiasme hygiénique : « Considérez chez les amateurs de bonne chère, les gastrolâtres modernes, ces immenses perturbations physiques : portez vos regards attristés sur ces corps obèses, blasés, bouffis, dont les organes digestifs sont brûlés et corrodés par d'incessantes ingurgitations de viandes et de boissons irritantes et incendiaires. Est-il possible que l'organisation humaine la plus forte, la plus robuste, résiste longtemps à l'impression délétère et toxique de tous ces principes de dissolution et de mort, à ces chocs brusques et à ces collisions violentes d'un sang enflammé et de la mollesse des tissus organiques. » Le tableau est forcé sans aucun doute, mais il mérite d'être médité.

OBJECTIONS

Le climat et le soleil surtout, le plus puissant des antiseptiques, ont une influence incontestable sur les phénomènes de suppuration et sur la résistance aux infections. Cependant, si nous comparons les Arabes avec les Européens qui vivent

sous le même soleil qu'eux, mais qui n'ont malheureusement pas leurs habitudes de tempérance, nous voyons que cette résistance n'existe que très peu chez ces derniers et que si le soleil tue la plupart des microbes, il en laisse encore assez pour tuer les Européens.

On a voulu faire de cette résistance une immunité de race et on a prétendu que l'Arabe était réfractaire au bacille d'Eberth, au tétanos et aux infections en général comme les nègres sont réfractaires à la fièvre intermittente et à la fièvre jaune, et comme le mouton algérien est réfractaire au charbon.

La chose est peu probable en ce qui concerne la fièvre typhoïde surtout, puisque les Arabes qui vivent à l'européenne en sont atteints. Sorel a constaté que la fièvre typhoïde n'épargne pas le soldat indigène, qui passe de la vie en plein air à la vie de caserne et pour qui un régime animalisé remplace une nourriture presque exclusivement végétale. Il paye cependant à la maladie un moins large tribut que le soldat français.

D'autre part, Brunswick le Bihan prétend qu'on rencontre aussi fréquemment que chez les Français l'appendicite chez les Arabes citadins mangeurs de viande et buveurs d'alcool, alors qu'elle n'existe pas chez l'Arabe des champs.

En outre, les Juifs, qui sont, comme les Arabes, de race sémite, mais qui vivent à la française, faisant d'énormes consommations de viande et se laissant aller aux habitudes d'intempérance, sont loin d'être indemnes de toutes ces affections. Ils sont au contraire décimés par le rachitisme, la scrofule, l'obésité et l'arthritisme. Il est donc peu probable que nous ayons affaire à une immunité de race.

Peut-on penser à une sélection naturelle comme certains le prétendent. L'Arabe, très prolifique, s'occupe très peu de ses enfants qui sont exposés à toutes les intempéries et dont

les plus faibles meurent en bas âge. On a attribué leur immunité à l'égard de la fièvre typhoïde à une infection éberthienne de l'enfance, mais les faits vont à l'encontre de cette hypothèse car on n'a jamais pu constater de ces épidémies chez les enfants.

Certains médecins algériens nous disent que l'Arabe n'aime pas le Français, et nous objecteront qu'on ne peut observer beaucoup de cas de fièvre typhoïde ou de septicémie puerpérale par exemple, parce que l'Arabe, n'aimant pas l'hôpital, préfère se soigner sous la tente et se confier à ses *toubibs* (médecins), plutôt que de se mettre entre les mains des médecins *roumis* (français).

A ceux-là nous répondons que ceci était vrai il y a quelque 50 ans, dans les premières années qui suivirent la conquête. A cette époque une grande méfiance régnait encore parmi eux vis-à-vis du conquérant. Mais maintenant que la civilisation française a pénétré dans leurs rangs et que, grâce à l'initiative de M. le gouverneur général Jonnart, des infirmeries indigènes ont été créées dans presque tous les centres de colonisation, on voit les Arabes accourir en foule aux consultations des médecins et chercher à se faire accepter soit à l'hôpital, soit à l'infirmerie souvent pour des maladies insignifiantes et souvent même pour y trouver de quoi manger.

CHAPITRE V

GENERALITE DE L'ACTION DE LA SOBRIETE

« La vie sobre guérit tous les maux qui peuvent guérir et adoucit les autres. Ceux qui vivent de régime, non seulement parviennent à l'âge le plus avancé, exempts de maladies et de douleurs, mais ils n'en ressentent même pas à la mort. Ils ne meurent que par une simple dissolution ou de par épuisement du fluide vital, comme une lampe qui ne s'éteint que faute d'huile. Rien au contraire n'est plus capable d'irriter tous les maux de l'humanité et de faire mourir en peu de temps que l'intempérance. Elle charge l'estomac, elle cause une infinité de maux, elle rend le corps sale, de mauvaise odeur, dégoûtant, plein de pituite et d'excréments ; elle enflamme la concupiscence, elle rend l'âme esclave des sens, elle affaiblit les sensations, elle altère la mémoire, elle rend les idées obscures, elle rend encore l'esprit et le cœur pesants. La plupart de ceux qui mangent beaucoup meurent avant le temps, et si ceux qui vivent sans règles vivaient plus sobrement, leur vie en serait sans doute plus longue, plus saine et ils seraient plus en état de faire usage de ce qu'ils peuvent avoir et d'esprit et d'érudition. » (Cornaro.)

L'abus du régime carné entraîne des catastrophes positives. Ce qui est vrai pour les Arabes l'est aussi pour tous les peuples qui vivent sobrement. Les peuples qui ont laissé sur la

terre les monuments les plus admirables, l'histoire la plus glorieuse et la science la plus profonde ne furent pas des peuples kréophages.

Le régime des anciens athlètes grecs, dont les athlètes d'aujourd'hui ne sont que des ombres dégénérées, était un régime très dur et très sévère, qui se composait seulement de figues, de noix, de fromage et de pain (maza) sans vin. (Rollin, *Ancienne Histoire*, vol. I.)

Les défenseurs des Thermopyles, les vainqueurs de Salonique et de Marathon vivaient simplement de végétaux, de pain, de fruits et de lait.

Les Pattamars (Hindous) ne mangent que du riz. Ils sont employés comme porteurs de lettres et de dépêches et parcourent les distances de 20 lieues par jour pendant 25 jours consécutifs (Sir John Sinclair).

Les paysans russes vivent exclusivement de légumes, de lait, de pain noir et d'ail. Ils travaillent pendant 16 à 18 heures par jour : leur force, leur activité même à l'âge de 80 et 90 ans, dépassent de beaucoup celle des matelots américains (Brenner et le capitaine Howland).

Les soldats turcs ont un régime entièrement végétal composé en grande partie de figues, sans boissons intoxicantes. Les soldats ainsi nourris sont doués d'une vitalité et d'une force singulières. Ils sont capables de surmonter des obstacles inouïs et des fatigues qui auraient été fatales pour les soldats d'une autre nation. Leur physique est admirable et leur courage admirable (*Standard*, journal anglais).

En France, les paysans du Maine ne mangent de la viande que deux fois par an, et les paysans d'Auvergne environ six fois par an. L'ouvrier breton n'en mange jamais, et même les gens riches de ce pays n'en font usage qu'aux jours de fête. En Savoie, on ne mange de la viande que le jour de Noël. L'alcoolisme est à peu près inconnu chez ces populations

aussi est-ce parmi eux que l'on trouve les hommes les plus robustes et les plus sains.

Par contre, c'est dans les pays où l'alcoolisme est le plus à la mode que l'on trouve les gens les plus faibles et les plus malingres.

Les Trappistes, qui ont un régime alimentaire des plus sobres, vivent en général très vieux. Les affections telles que la goutte et la gravelle sont naturellement inconnues chez eux. Les épidémies restent en général en dehors des murs du couvent. Il en est de même des Chartreux, qui mènent une vie à peu près identique.

D'autre part, les officiers français qui ont fréquenté les colonies, ont remarqué que ceux d'entre eux qui pouvaient s'abstenir de manger de la viande et de boire de l'alcool, résistaient beaucoup mieux à toutes les maladies des pays chauds. A ce sujet, le colonel Derrien nous a souvent raconté que, pendant une de ses missions dans le Haut Sénégal (Mission de Kita, 1880), aucun des officiers qui se trouvaient sous ses ordres n'avait pu résister à la tentation de manger de la viande ou de boire de l'alcool, aussi pas un seul d'entre eux n'avait pu arriver jusqu'au terme de la mission sans être éprouvé par les affections du pays. Seul, le colonel Derrien, qui avait depuis longtemps un certain dégoût pour la viande et qui, pendant toute la durée de la mission, s'était nourri de végétaux ou de laitage, n'avait pas ressenti le moindre malaise.

Un exemple frappant récent de la sobriété sur la résistance organique des individus nous est donné par la guerre qui se déroule actuellement en Extrême-Orient entre la Russie et le Japon.

M. Seaman, qui a visité les hôpitaux de Tokio, a été frappé en entrant dans les salles de chirurgie, de voir combien l'état général des blessés, provenant presque tous des rencontres

sur le Yalou, était satisfaisant malgré les blessures graves que ces hommes avaient subies. Après la destruction du « Hatsusé », deux cents blessés furent ramenés à terre, leurs blessures étaient très graves : c'étaient des plaies contuses, de larges déchirures, des fractures comminutives produites par des fragments d'obus. Or, cinq seulement de ces blessés succombèrent, et ce résultat, s'il fait l'éloge des chirurgiens, atteste la merveilleuse vitalité du soldat japonais. Dans les salles de médecine, Seaman n'a trouvé que quelques affections respiratoires, il n'y a pas rencontré un seul exemple de ces maladies qui font habituellement cortège aux armées en campagne et qui tuent quatre fois plus d'hommes que les armes ennemies. Mais l'hygiène et le régime alimentaire sont admirablement compris des Japonais. Leur sobriété est proverbiale. La bière constitue la boisson ordinaire des troupes japonaises en campagne : elle leur est débitée dans les cantines sous le contrôle de médecins, qui permettent, en outre, cent centimètres cubes d'une liqueur spéciale (le saki). C'est là toute l'explication de l'excellent état sanitaire des troupes du Mikado.

« La sobriété doit donc être considérée comme la voie la plus sûre et la plus aisée pour parvenir à la santé du corps et à la vigueur de l'esprit, pour les conserver même dans l'âge le plus avancé et pour procurer à l'esprit et au corps des biens très grands et très convenables à chacun. »

CONCLUSIONS

De ce qui précède nous pouvons conclure à l'importance primordiale de l'hygiène alimentaire surtout dans les pays chauds.

Les Européens d'Algérie devront donc s'appliquer à réduire la quantité et la qualité nutritives de leur alimentation au lieu de céder à l'entraînement difficile à vaincre des instincts gastriques. Ils s'épargneront ainsi bien des maladies dont la cause fréquente est la digestion incomplète d'aliments trop substantiels eu égard à la capacité digestive affaiblie de l'intestin.

Il importe donc de combattre les tendances des peuples civilisés à donner trop de place dans leur régime, à des aliments aussi dangereux que l'alcool et la viande.

Les boissons fermentées autres que le vin et la bière devront être sévèrement proscrites. La charcuterie ne devra pas être employée du tout, surtout en été, et la viande le sera le moins possible pour la double raison : 1° qu'elle est toxique pendant la saison chaude ; 2° qu'elle n'a pas la valeur nutritive des viandes françaises. (Huguier.)

Cette résistance aux maladies que les Arabes doivent à leur sobriété est un argument de plus en faveur de la suprématie du régime végétarien sur le régime carné dans les pays chauds.

Les Français venus en Algérie apportent souvent avec eux des habitudes non en harmonie avec celles du climat.

L'abus du régime carné est souverainement condamnable si l'on ne veut s'exposer rapidement à des intolérances gastriques et à une désorganisation profonde de l'organisme.

L'avenir de la race française en Algérie dépend en grande partie d'une hygiène alimentaire bien comprise avec abstention d'alcool. De là aussi dépendra l'avenir de la colonisation française pour exercer une véritable suprématie sinon par le nombre, du moins par la valeur particulière des éléments.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 16 mars 1905
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 16 mars 1905
Le Doyen,
MAIRET

BIBLIOGRAPHIE

ARNOULD. — Traité d'hygiène.

Archives de médecine et de pharmacie militaires, années 1877, 1883, 1884.

BERTHERAND. — Médecine et hygiène des Arabes.

BEN-LARBEY SEGUIR. — La médecine arabe en Algérie (Thèse Paris, 1883).

BORDIER. — Géographie médicale.

BOUCHARDAT. — Alimentation insuffisante, 1856.

BRAULT. — Pathologie indigène.

BRAULT. — Hygiène et prophylaxie des maladies des pays chauds.

BRUCH. — De la fièvre typhoïde chez les indigènes d'Algérie (Thèse)

Bulletin médical de l'Algérie, janvier 1905.

BRUNSWICH LE BIHAN. — Appendicite chez les Arabes (*Presse médicale*, 1904).

CHARWIN. — La variole chez les musulmans de l'Afrique du Nord (Thèse Lyon, 1901-1902).

CHARRIN. — Les conceptions actuelles de la pathologie expérimentale (*Revue scientifique*, mars 1905).

COUHI. — Le régime pythagoricien, 1880.

CORNARO. — L'art de vivre longtemps et en parfait état

CORNARO. — De la sobriété.

DELORME. — *Revue orientale*, 1852

DARVÉ et DELAUNAY. — Influence du régime alimentaire sur la réaction de l'organisme (*Gazette des Hôpitaux*, t. LXXVII).

DUMAIN. — Immunité de la race arabe à la fièvre typhoïde (*Presse médicale*, 1904).

Duclaux. — Revue critique des annales de l'Institut Pasteur (1903).
Duclaux. — Traité de microbiologie, t. III.
Dufourt. — Influence du régime alimentaire sur la genèse de la lithiase biliaire (*Presse médicale*, mai 1902).
Debreyne. — Thérapeutique appliquée.
Dechallan. — L'hygiène des kabyles du fort Napoléon.
Dictionnaire Larousse.
— Jaccoud.
— Chimie.
— Dechembre.
— Physiologie
De Lestage. — Hygiène de l'Algérie.
Fonssagrives. — Hygiène alimentaire.
Fonssagrives. — Une visite à la trappe de Notre-Dame de Grâce.
Faradj Khan. — Hygiène et islamisme (Thèse Lyon, 1903).
Gautier (A.). — L'alimentation et les régimes (Paris 1904).
Gassendi (Pierre). — Lettres adressées a Van Helmont, 1629.
Gazette médicale de l'Algérie, 1856 à 1866.
Gazette des hôpitaux, t. LXXVII.
Grasset. — Deux conférences sur l'alcoolisme.
Hédon. — L'alcool aliment et poison (*Montpellier médical*, 1903).
Heguier. — Elevage du mouton en Tunisie.
Jarvis. — Guerre Russo Japonaise (*Presse médicale*, 1905).
Kingford Algemon. — L'alimentation végétale chez l'homme (Thèse Paris, 1880).
Legrain. — *Revue médicale de l'Afrique du Nord.*
Lyon médical, 1904.
Levaditi. — L'immunité dans ses rapports avec la nutrition (collection Léauté).
Matignon. — L'art médical à Tunis (Thèse Bordeaux, 1901).
Milet. — Recueil de médecine et de chirurgie.
Perrin. — Essai sur la médecine des Arabes (Thèse Toulouse, 1894-1895).
Rouquier. — Etudes coloniales sur Tunis (Thèse Bordeaux, 1900).
Revue médicale de l'Afrique du Nord, 1899-1900
Revue d'hygiène, 1891.
Raoux. — Le vrai végétarisme.
Rousseau (J.-J.). — Emile ou de l'Education.

RICHARDOT. — Pratiques médicales des indigènes algériens.

ROLLIN. — Ancienne histoire.

ROCHARD. — Influence de l'hygiène sur la grandeur des nations (Paris, 1885).

SÉE (G.). — Les régimes.

STUMPF. — Péritonite et tuberculose chez les Arabes (Thèse Toulouse, 1900).

TISSIER et MARTELLY. — Putréfaction de la viande de boucherie (Annales de l'Institut Pasteur, 1902).

Union médicale, 1858

VIDAL. — Immunité des Arabes à l'égard de la fièvre typhoïde (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1897).

WIEHN. — Le service médical dans le Bled et les internes français (Thèse Bordeaux, 1903).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !